



Amministrazione destinataria
 Comune di Filottrano
 Ufficio destinatario
 S.U.A.P.



Domanda di autorizzazione all'esercizio di strutture (ospedaliere ed extraospedaliere), che erogano prestazioni in regime ambulatoriale, di stabilimenti termali e di studi e/o strutture di cui all'articolo 7, comma 2 della Legge Regionale 30/09/2016, n. 21

Ai sensi dell'articolo 9 della Legge Regionale 30/09/2016, n. 21

| | | | | | | | | | | |
|---|-----------|----------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------|------------------------------|-----|
| Il sottoscritto | | | | | | | | | | |
| Cognome | | | Nome | | | Codice Fiscale | | | | |
| Data di nascita | | Sesso | Luogo di nascita | | | Cittadinanza | | | | |
| Residenza | Provincia | Comune | Indirizzo | | Civico | Barrato | Scala | Piano | SNC <input type="checkbox"/> | CAP |
| Telefono cellulare | | Telefono fisso | | Posta elettronica ordinaria | | | Posta elettronica certificata | | | |
| in qualità di <i>(questa sezione deve essere compilata se il dichiarante non è una persona fisica)</i> | | | | | | | | | | |
| Ruolo | | | | | | | | | | |
| Denominazione/Ragione sociale | | | | | | Tipologia | | | | |
| Sede legale | Provincia | Comune | Indirizzo | | Civico | Barrato | Scala | Piano | SNC <input type="checkbox"/> | CAP |
| Codice Fiscale | | | | | Partita IVA | | | | | |
| Telefono | | | Posta elettronica ordinaria | | | Posta elettronica certificata | | | | |
| Iscrizione al Registro Imprese della Camera di Commercio | | | | | | Provincia | | Numero Iscrizione | | |
| Iscrizione al Repertorio Economico e Amministrativo (REA) | | | | | | Provincia | | Numero iscrizione | | |
| Posizione INAIL | | | | | Codice INAIL impresa | | | | | |

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

CHIEDE

il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria nella struttura denominata

Denominazione della struttura

Tipologia della struttura (specificare codice regolamento regionale)

Tipologia della struttura

- struttura ospedaliera che eroga prestazioni in regime ambulatoriale
- struttura extraospedaliera che eroga prestazioni in regime ambulatoriale
- stabilimento termale
- studio e/o strutture di cui all'articolo 7, comma 2 della Legge Regionale 30/09/2016, n. 21

con sede in

| | | | | | | | | |
|--|-----------|-----------|--------|------------|------------|-----------|--------------------------|-----|
| Particella terreni o Unità imm. urbana | Cod. cat. | Sezione | Foglio | Particella | Subalterno | Categoria | Visura | |
| | | | | | | | <input type="checkbox"/> | |
| Provincia | Comune | Indirizzo | Civico | Barrato | Scala | Piano | SNC | CAP |
| | | | | | | | <input type="checkbox"/> | |

Ulteriori immobili oggetto del procedimento (allegare il modulo "ulteriori immobili oggetto del procedimento")
il procedimento riguarda _____ ulteriori immobili

COMUNICA

- di non essere in possesso, per la struttura in oggetto, di autorizzazione
- di non essere di essere in possesso, per la struttura in oggetto, di autorizzazione alla realizzazione

| Numero autorizzazione | Data | Comune/SUAP |
|-----------------------|------|-------------|
| | | |

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

- che la struttura rispetta i requisiti minimi del manuale regionale di autorizzazione
- che la struttura rispetta la normativa vigente in materia igienico-sanitaria e di sicurezza del lavoro ed è dotata dei requisiti minimi di cui al manuale regionale di autorizzazione approvato ai sensi della Legge Regionale 30/09/2016, n. 21 e allegati alla presente domanda

(da compilare per le sole strutture di cui all'articolo 7, comma 2 della Legge Regionale 30/09/2016, n. 21 non soggette al preventivo rilascio dell'autorizzazione alla realizzazione)

- che per l'immobile di cui sopra è già stato rilasciato il certificato di agibilità/presentata la segnalazione certificata di agibilità

| Numero protocollo | Data |
|-------------------|------|
| | |

- che non sussistono nei propri confronti le cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'articolo 67 del Decreto Legislativo 06/09/2011, n. 159

la direzione sanitaria/responsabilità di struttura è affidata a

| | | | | | |
|-------------|---------------|---------|----------------|-----------|-------------------|
| Titolo | Cognome | Nome | Codice Fiscale | | |
| Partita IVA | Albo o Ordine | Sezione | Regione | Provincia | Numero iscrizione |
| Laureato in | Università di | | Specialista in | | |

 referente per la pratica

| | | | | | |
|--------------------|----------------|-----------------------------|-------------------------------|--|--|
| Cognome | Nome | Codice Fiscale | | | |
| Data di nascita | Sesso | Luogo di nascita | Cittadinanza | | |
| Telefono cellulare | Telefono fisso | Posta elettronica ordinaria | Posta elettronica certificata | | |

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

- planimetria della struttura in scala 1:100 con le destinazioni e le superfici nette di ogni vano datata e sottoscritta dal legale rappresentante della struttura
- schede del manuale di autorizzazione regionale
- accettazione dell'incarico da parte del direttore sanitario/responsabile di struttura all'interno della quale dichiara che i titoli personali indicati sono effettivamente quelli posseduti, che non ha in corso provvedimenti restrittivi della professione e l'assenza di situazioni di incompatibilità del direttore sanitario di cui all'articolo 10, commi 5 e comma 6 della Legge Regionale 30/09/2016, n. 21
- copia del permesso di soggiorno
(da allegare in caso di cittadino extracomunitario)
- ricevuta di pagamento dei diritti di segreteria
(da allegare se previsti)
- pagamento dell'imposta di bollo
- ulteriori immobili oggetto del procedimento
- altri allegati (specificare)

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Filottrano

Luogo

Data

il dichiarante